

# ИНФОРМАЦИЯ О РОДНОМ ОТЦЕ

ИМЯ РЕБЕНКА	НОМЕР ДЕЛА
ИМЯ РАБОТНИКА ПО ДЕЛУ	НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ

- Пишите разборчиво, печатными буквами, используя чернила.
- Заполните все пункты анкеты. Если вы не знаете ответа по одному из пунктов, напишите "неизвестно".
- Анкета AD 67A разделена на два раздела. Первый раздел состоит из идентифицирующей информации и будет сохранен конфиденциально. Эта информация не будет выдана Вашему ребенку или его/ее приемным родителям, если у нас нет Вашего письменного разрешения на это. Второй раздел состоит из неидентифицирующей информации о Ваших биографических данных и истории здоровья. По Калифорнийскому Закону об Усыновлении/Удочерении, копия второго раздела должна быть передана приемным родителям ребенка до получения окончательного постановления об усыновлении/удочерении и по получению письменного запроса ребенка по достижению им/ей возраста 18 лет.
- Вся информация, запрашиваемая на этой анкете, необходима для завершения дела по усыновлению/удочерению Вашего ребенка.

## РАЗДЕЛ I — ИДЕНТИФИЦИРУЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ

### A. ИМЯ/АДРЕС:

ИМЯ РОДНОГО ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИМЕНА		
НОМЕР СОЦ. СТРАХОВАНИЯ	НОМЕР ВОДИТЕЛЬСК. УДОСТОВЕРЕНИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕС, ДЕНЬ, ГОД)	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД, ШТАТ, СТРАНА)
НАСТОЯЩИЙ АДРЕС (НОМЕР ДОМА, УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (        )	
ПОСТОЯННЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (НОМЕР ДОМА, УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС) *		ПОСТОЯННЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА (        )	

ОГРАНИЧЕНИЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОСТОЯННОГО АДРЕСА

### B. РОДИТЕЛИ РОДНОГО ОТЦА

ИМЯ МАТЕРИ РОДНОГО ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ИМЯ ОТЦА РОДНОГО ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)		
АДРЕС НОМЕР ДОМА, УЛИЦА, ГОРОД,	АДРЕС НОМЕР ДОМА, УЛИЦА, ГОРОД,	ШТАТ,	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ЗНАЕТ ЛИ ВАША МАТЬ ОБ ЭТОМ УСЫНОВЛЕНИИ?		ЗНАЕТ ЛИ ВАШ ОТЕЦ ОБ ЭТОМ УСЫНОВЛЕНИИ?	
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО <small>ЕСЛИ В БУДУЩЕМ НАМ ПОНДОБИТСЯ НАЙТИ ВАС, МОЖЕМ ЛИ МЫ ОБРАТИТЬСЯ К ВАШЕЙ МАТЕРИ ЗА ПОМОЩЬЮ В ЭТОМ?</small>		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО <small>ЕСЛИ В БУДУЩЕМ НАМ ПОНДОБИТСЯ НАЙТИ ВАС, МОЖЕМ ЛИ МЫ ОБРАТИТЬСЯ К ВАШЕМУ ОТЦУ ЗА ПОМОЩЬЮ В ЭТОМ?</small>	
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	

### C. ОТЦОВСТВО НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО:

Были ли Вы когда-либо женаты на родной матери ребенка? .....  ДА  НЕТ

Если Да, укажите дату и место заключения брака: \_\_\_\_\_

Если разведены, укажите дату и место расторжения брака: \_\_\_\_\_

Пытались ли Вы и родная мать ребенка пожениться? .....  ДА  НЕТ

Если Да, объясните.

Женаты ли Вы на родной матери ребенка в настоящее время? .....  ДА  НЕТ

Есть ли у Вас другие дети помимо ребенка, которого Вы отдаете на усыновление? .....  ДА  НЕТ

Если Да, ответьте на следующие вопросы

ИМЯ РЕБЕНКА	ПОЛ РЕБЕНКА M   Ж	ОТМЕТЬТЕ (✓) РОДСТВО С ПРИЕМНЫМ РЕБЕНКОМ КРОВНОЕ   СВОДНОЕ	ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА	НА ЧЬЕМ ПОПЕЧЕНИИ НАХОДИТСЯ РЕБЕНОК? <small>(Укажите родство опекуна и ребенка)</small>
1.				
2.				
3.				
4.				

\* ПРИМЕЧАНИЕ: Крайне необходимо, чтобы Вы осведомили Департамент Социальных Услуг Штата (State Department of Social Services) о любых изменениях в Вашем постоянном почтовом адресе.

#### E. АМЕРИКАНСКОЕ ИНДЕЙСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ

Имеет ли кто-либо в вашей семье, со стороны матери или отца, предков из американских индейцев? .....  Да  Нет  
Если Да, тогда заполните соответствующую форму (JV135/ADOPT-226)  
Если Да, укажите из какого племени ..... Место расположения (обитания) .....  
племени .....  
Зарегистрированы ли вы или ваши родители, в настоящее время в этом племени, или были ли любые ваши  
предки когда-либо зарегистрированы в этом племени?  Да  Нет  
Если Да, укажите ваш или их регистрационные номер(а) .....  
Имели ли вы или ваши родители, прародители или любые предки когда-либо Свидетельство степени индейского  
происхождения (индейской крови) (CDIB)? Если Да, приложите копию Свидетельства к этому вопроснику.

#### F. КОНСУЛЬТАЦИИ ПСИХОЛОГА:

Обращались ли Вы когда либо к психиатру, психотерапевту, социальному работнику, или другому консультанту по  
поводу эмоциональных или психологических проблем, которые у Вас были? .....  Да  Нет  
Если Да, ответьте на следующие вопросы

даты и причины посещений:

ИМЯ ТЕРАПЕВТА И/ИЛИ АГЕНТСТВА, ПРОВОДИВШЕГО ЛЕЧЕНИЕ:

МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ:

УКАЖИТЕ ЛЕКАРСТВА, ПРОПИСАННЫЕ ВАМ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ:

ЕСЛИ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕКРАЩЕНО, УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ:

#### G. ВОПРОСЫ ПО УСЫНОВЛЕНИЮ: (Только в случае независимого усыновления)

- Есть ли у Вас свой адвокат на время процесса усыновления? .....  Да  Нет
- Является ли этот адвокат также адвокатом усыновляющих родителей? .....  Да  Нет  Неизвестно
- Кем были оплачены расходы, связанные с беременностью, наблюдением, родами, и прочие расходы?
- Какова сумма оплаченных расходов? (Укажите, если неизвестно) \_\_\_\_\_
- По Калифорнийскому Закону об Усыновлении/Удочерении, биологические родители, помещающие ребенка в программу по усыновлению должны лично знать следующую информацию о предполагаемых приемных родителях: их полные законные имена; возраст; религию; расу или этническую принадлежность; продолжительность настоящего брака и количество предыдущих браков; место работы; проживают ли другие взрослые или дети в их доме; есть ли другие дети, которые не проживают с ними, алименты на содержание, выплачиваемые на этих детей и неуплата этих алиментов; любые проблемы со здоровьем, которые могут сократить продолжительность их жизни или отрицательно сказаться на их возможности продолжать свои повседневные занятия; судимости за преступления иные, чем мелкие нарушения правил дорожного движения; любые изъятия детей из под их опеки на основании жестокости или невнимания к детям; а также местность, в которой они проживают или, если поступит запрос, их адрес.
- Есть ли у Вас хотя бы эта информация о приемных родителях? .....  Да  Нет
- Какую дополнительную информацию о приемных родителях Вам необходимо или хотелось бы иметь? \_\_\_\_\_
- Встречались ли Вы с приемными родителями? .....  Да  Нет
- Если Да, то насколько хорошо Вы с ними знакомы? \_\_\_\_\_

подпись родного отца

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ АНКЕТЫ

Вышеизложенную информацию предоставил(а): (Отметьте соответствующее квадратик)

Родная мать  Родной отец  Другой (объясните) \_\_\_\_\_

ИМЯ РЕБЕНКА	НОМЕР ДЕЛА:
ИМЯ РАБОТНИКА ПО ДЕЛУ	НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА

## **РАЗДЕЛ II — НЕИДЕНТИФИЦИРУЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ**

Эта информация будет дана приемным родителям, и будет доступна Вашему ребенку. Пожалуйста, предоставьте наиболее исчерпывающие ответы.

### **ЧАСТЬ I — ОПИСАНИЕ РОДНОГО ОТЦА НА МОМЕНТ РОЖДЕНИЯ УСЫНОВЛЯЕМОГО РЕБЕНКА**

#### **A. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ И ОПИСАНИЕ ВНЕШНОСТИ:**

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ТОЛЬКО ШТАТ)	РОСТ	ОБЫЧНЫЙ ВЕС	ЦВЕТ ГЛАЗ	ЦВЕТ КОЖИ	ПРИРОДНЫЙ ЦВЕТ ВОЛОС	ПРИРОДНАЯ ТЕКСТУРА ВОЛОС (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПРИМЕНИМОЕ)		
						<input type="checkbox"/> ТОНКИЕ	<input type="checkbox"/> СРЕДНИЕ	<input type="checkbox"/> ЖЕСТКИЕ
						<input type="checkbox"/> ПРЯМЫЕ	<input type="checkbox"/> ВОЛНИСТЫЕ	<input type="checkbox"/> КУДРЯВЫЕ
ГОД РОЖДЕНИЯ	ГРУППА КРОВИ	РЕЗУС фактор	ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ		ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ПРАВШОЙ?	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> МЕЛКОЕ	<input type="checkbox"/> СРЕДНЕЕ	ЛЕВШОЙ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> РЕДЕЮЩИЕ

Раса/Этническая Группа:

- Белая     Латиноамериканская     Филиппино     Черная     Азиат или Тихоокеанский Островитянин  
 Американский Индеец или коренной житель Аляски     Прочая (укажите) \_\_\_\_\_

Если Американский Индеец или коренной житель Аляски, укажите название племени и степень Индейской крови (если известны) \_\_\_\_\_

ТОЧНОЕ НАЦИОНАЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ (НАПРИМЕР: ИРЛАНДЕЦ, ФРАНЦУЗ, НЕМЕЦ, КАНТОНЕЦ, МЕКСИКАНЕЦ, НИГЕРИЕЦ):

#### **B. ОБРАЗОВАНИЕ:**

СКОЛЬКО ВЫ ЗАКОНЧИЛИ КЛАССОВ?	УЧИТЕСЬ ЛИ ВЫ СЕЙЧАС?	ОБЫЧНЫЕ ОЦЕНКИ В ШКОЛЕ	ДРУГОЕ ОБУЧЕНИЕ
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		

ОБЩЕСТВЕННАЯ РАБОТА, ВНЕШКОЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ

ИНТЕРЕСУЮЩИЕ ВАС ПРЕДМЕТЫ

#### **C. ПРОФЕССИЯ:**

ПРОФЕССИЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ	КАК ДОЛГО?	ОБЫЧНАЯ ПРОФЕССИЯ
-----------------------------	------------	-------------------

КАКУЮ ПРОФЕССИЮ ХОТИТЕ ПОЛУЧИТЬ? (НАПР., СТАТЬ УЧИТЕЛЕМ, СВАРЩИКОМ, ПРОДАВЦОМ)

#### **D. ЛИЧНОСТЬ:**

ОПИШИТЕ ЧЕРТЫ ВАШЕГО ХАРАКТЕРА, ВКЛЮЧАЯ ВАШЕ ПОВЕДЕНИЕ, ОТНОШЕНИЕ К ЖИЗНИ, НАСТРОЕНИЕ, ОБЫЧНЫЕ ЗАНЯТИЯ, ТИПЫ ЛЮДЕЙ, С КОТОРЫМИ ВАМ ПРИЯТНО ОБЩАТЬСЯ, И Т.Д.

ОПИШИТЕ ВАШИ ТАЛАНТЫ, ХОББИ И ЦЕЛИ В ЖИЗНИ

## **E. ВОПРОСЫ ПО УСЫНОВЛЕНИЮ/УДОЧЕРЕНИЮ:**

1. К КАКОЙ РЕЛИГИИ ВЫ ПРИНАДЛЕЖИТЕ?

2. СОГЛАСНЫ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ ВАШЕГО РЕБЕНКА ВОСПИТЫВАЛИ В РЕЛИГИОЗНОЙ ВЕРЕ ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ, ЕСЛИ ЭТА ВЕРА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВАШЕЙ?  ДА  НЕТ

ЕСЛИ НЕТ, ТО УКАЖИТЕ, В КАКОЙ РЕЛИГИИ ВЫ БЫ ХОТЕЛИ, ЧТОБЫ ВОСПИТЫВАЛСЯ ВАШ РЕБЕНОК?

ПОЧЕМУ ВЫ ПОМЕСТИЛИ ЭТОГО РЕБЕНКА В ПРОГРАММУ УСЫНОВЛЕНИЯ? (ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕТЬТЕ КАК МОЖНО ПОДРОБНЕЕ, ТАК КАК ЭТЫЙ ВОПРОС НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАЕТСЯ АГЕНТСТВАМ ПО УСЫНОВЛЕНИЮ ВЗРОСЛЫМИ, УСЫНОВЛЕННЫМИ ДЕТЬМИ.)

ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК НЕ БЫЛ ПОМЕЩЕН В ПРОГРАММУ УСЫНОВЛЕНИЯ ПРИ РОЖДЕНИИ, ДАЙТЕ ИНФОРМАЦИЮ ОБ УХОДЕ ЗА РЕБЕНКОМ, ЕГО ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИИ ДО ПОМЕЩЕНИЯ В ПРОГРАММУ УСЫНОВЛЕНИЯ .

КАК ВЫ ОТНОСИТЕСЬ К ТОМУ, ЧТОБЫ РЕБЕНОК СВЯЗАЛСЯ С ВАМИ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ИМ/ЕЙ СОВЕРШЕННОЛЕТИЯ?

## F. ИСТОРИЯ ЛИЧНОГО ЗДОРОВЬЯ

ОПИШИТЕ ВАШЕ ОБЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ

КАКИМИ ДЕТСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЫ БОЛЕЛИ?	КОКЛЮШ <input type="checkbox"/>	СЕННАЯ ЛИХОРАДКА <input type="checkbox"/>	УШНЫЕ ИНФЕКЦИИ <input type="checkbox"/>	РЕВМАТИЧ. АТАКА <input type="checkbox"/>
КОРЬ: RUBELLA (ТРЕХДНЕВН.) <input type="checkbox"/>	СВИНКА <input type="checkbox"/>	КРАСНУХА <input type="checkbox"/>	ЭНЦЕФАЛИТ <input type="checkbox"/>	ШУМЫ В СЕРДЦЕ <input type="checkbox"/>
RUBEOLA (ДВУХНЕДЕЛЬН.) <input type="checkbox"/>	ВЕТРЯНКА <input type="checkbox"/>	АСТМА <input type="checkbox"/>	МЕНИНГИТ <input type="checkbox"/>	ВОСПАЛЕНИЕ МОЧ. ПУТЕЙ <input type="checkbox"/>
ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (опишите) <input type="checkbox"/>				

СЕРЬЕЗНЫЕ ОПЕРАЦИИ?

ДА  НЕТ ЕСЛИ ДА, В СВЯЗИ С КАКОЙ ПРОБЛЕМОЙ И КОГДА?

ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ОДНИМ ИЗ

ДВОЙНИ  ТРОЙНИ  ПРОЧЕЙ ГРУППЫ БЛИЗНЕЦОВ

ЕСЛИ ВЫ БЛИЗНЕЦ, ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ

ОДНОЯЦОВЫМ ИЛИ  ДВУЯЦЕВЫМ

ИСПОЛЬЗОВАЛИ ЛИ ВЫ АЛКОГОЛЬ, ТАБАК, ИЛИ ДРУГИЕ НАРКОТИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА ДО ЗАЧАТИЯ РЕБЕНКА?

ДА  НЕТ ЕСЛИ ДА, ПЕРЕЧИСЛите ТИП ВЕЩЕСТВА, КАК ДОЛГО ВЫ ИМ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ И КАК ЧАСТО.

## G. СЕМЕЙНАЯ ИСТОРИЯ:

БЫЛИ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЙ ДРУГОЙ ЧЛЕН ВАШЕЙ СЕМЬИ ПРИЕМНЫМИ ДЕТЬМИ?

ДА  НЕТ ЕСЛИ ДА, ПОЖАЛУЙСТА УКАЖИТЕ КТО

	ВАШ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ОТЕЦ		ВАША БИОЛОГИЧЕСКАЯ МАТЬ	
Возраст в настоящее время				
Если умер(ла), в каком возрасте?				
Причина смерти .....				
Рост и вес.....	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС
Цвет и текстура волос.....				
Цвет глаз.....				
Цвет кожи.....				
Левша или правша.....				
Особые приметы.....				
Образование.....				
Профессия.....				
Раса/Этническая принадлежность.....	<input type="checkbox"/> БЕЛАЯ <input type="checkbox"/> ЛАТИНОАМЕРИК. <input type="checkbox"/> ЧЕРН. <input type="checkbox"/> ФИЛИПИНО <input type="checkbox"/> ПРОЧ.	<input type="checkbox"/> АЗИАТ ИЛИ ТИХООКЕАНСКИЙ <input type="checkbox"/> АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ ИЛИ КОРЕННОЙ ОСТРОВИТАНИН	<input type="checkbox"/> БЕЛАЯ <input type="checkbox"/> ЛАТИНОАМЕРИК. <input type="checkbox"/> ЧЕРН. <input type="checkbox"/> ФИЛИПИНО <input type="checkbox"/> ПРОЧ.	<input type="checkbox"/> АЗИАТ ИЛИ ТИХООКЕАНСКИЙ <input type="checkbox"/> АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ ИЛИ КОРЕННОЙ ОСТРОВИТАНИН
Национальность.....				
Религия.....				
Знал ли он или она об этой беременности? .....	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Сколько братьев и сестер было у него/ней? .....				
Если Ваши дяди или тети умерли, укажите причину и возраст при смерти .....				

	РОДИТЕЛИ ВАШЕГО ОТЦА		РОДИТЕЛИ ВАШЕЙ МАТЕРИ	
	ОТЕЦ	МАТЬ	ОТЕЦ	МАТЬ
Возраст в настоящее время				
Если умерли, укажите причину и возраст при смерти .....				
Опишите внешность.....				
Рост и вес.....	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС
Особые приметы.....				
Образование.....				
Настоящая или прошлая профессия .....				
Знал ли он или она об этой беременности? .....	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ

## G. СЕМЕЙНАЯ ИСТОРИЯ: (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

## ВАШИ БРАТЬЯ И СЕСТРЫ

(Если у Вас больше четырех братьев и сестер, пожалуйста пишите на отдельном листе)

	1	2	3	4				
Пол (Мужской или Женский)								
Возраст.....								
Если умер, то укажите причину и возраст при смерти.....								
Приходится ли он/она Вам родным(ой) или сводным(ой)..	<input type="checkbox"/> РОДНОЙ <input type="checkbox"/> СВОДНЫЙ							
Рост и вес .....	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС
Цвет и текстура волос .....								
Цвет глаз .....								
Цвет кожи .....								
Хобби и таланты.....								
Сколько окончил классов .....								
В настоящее время в школе?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
Профессия .....								
Знает об этой беременности?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
Семейное положение .....								
Сколько у них детей .....								
Здоровье их детей .....								

## ВАШИ ДРУГИЕ ДЕТИ

(Если у Вас больше четырех детей, пожалуйста пишите на отдельном листе)

	РЕБЕНОК #1	РЕБЕНОК #2	РЕБЕНОК #3	РЕБЕНОК #4				
Сын или дочь? .....								
Дата рождения или возраст ...								
Приходится ли он/она усыновляемому ребенку родным(ой) или сводным(ой)?	<input type="checkbox"/> РОДН. <input type="checkbox"/> СВОДН.							
Если умер, то в каком возрасте?								
Причина смерти .....								
Рост и вес.....	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС	РОСТ	ВЕС
Цвет и текстура волос.....								
Цвет глаз.....								
Цвет кожи.....								
Левша или правша.....								
В каком классе учится? .....								
Живет ли этот ребенок с вами?.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
Хобби и таланты.....								
Общее здоровье .....								
Серьезные операции .....								
Проблемы со здоровьем.....								
Знал ли он или она об этой беременности?.....	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				

## Н. ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ: ВАША, ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ РОДСТВЕННИКОВ

Отметив соответствующий квадратик, укажите, если Вы или любой из Ваших РОДСТВЕННИКОВ (т.е., Ваши родители, сестры, братья, тети, дяди, бабушки, дедушки, другие Ваши дети, и т.д.) страдаете или когда-либо страдали заболеваниями, перечисленными ниже. Укажите родство этого лица с Вами. Пожалуйста, заполните раздел Комментарии. Если заболевание вызвало смерть члена Вашей семьи, укажите этот факт, наряду с приблизительным возрастом во время смерти, в разделе Комментарии.

ЗАБОЛЕВАНИЕ	НЕТ	Неизвестно	ДА Сам	ДА - РОДСТВЕННИК (Укажите степень родства)	КОММЕНТАРИИ
<b>A. ВРОЖДЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ</b>					
1. Косолапость или другая ортопедическая проблема (напр. плоскостопие)					
2. Заячья губа или расщепленное нёбо					
3. Синдром Дауна					
4. Другое хромосомное отклонение					
5. Гидроцефалия					
6. Дистрофия					Какие части тела поражены? Возраст при начале заболевания?
7. Карликовость					
8. Spina bifida					
9. Врожденный порок сердца					
10. Серповидноклеточная анемия					
11. Болезнь Тай-Закса					
<b>B. АЛЛЕРГИИ</b>					Известна ли причина? Какое лечение? Какие лекарства?
1. Экзема или другое кожное заболевание					
2. Сенная лихорадка или другой вид аллергии					
3. Аллергия на лекарства					На какие лекарства?
4. Аллергия на пищ. продукты					На какие продукты?
<b>C. ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ, СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ, И СЛУХОВЫЕ РАССТРОЙСТВА И НАРУШЕНИЯ В РАЗВИТИИ</b>					
1. Слепота, глаукома, дальтонизм или другие проблемы со зрением					
2. Очки или контактные линзы					В каком возрасте потребовались очки или линзы?
Близорукость <input type="checkbox"/>					
Дальтоноркость <input type="checkbox"/>					
Астигматизм <input type="checkbox"/> (неспособность фокусировать глаза)					
Страбизм <input type="checkbox"/> (косоглазие)					
Другое (поясните) <input type="checkbox"/>					
3. Ортодонтические пластинки, скобы, проч. приспособления					Если да, какой тип приспособления и в течении какого времени?

## Н. ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ: ВАША, ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ РОДСТВЕННИКОВ (Продолжение)

ЗАБОЛЕВАНИЕ	НЕТ	Неизве- стно	ДА Сам	ДА - РОДСТВЕННИК (Укажите степень родства)	КОММЕНТАРИИ
4. Глухота или другие проблемы со слухом					Специальная школа? Если "Да", укажите возраст при начале заболевания.
5. Нарушения речи					
6. Необучаемость					Диагноз? Госпитализация?
7. Задержка развития: умственного или физического					
<b>D. НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ</b>					
1. Гемофилия					
2. Серповидноклеточная анемия или признаки					
3. Гипертония (повышенное кровяное давление)					Возраст при начале заболевания? Какое лечение? Госпитализация?
4. Инсульт					
5. Инфаркт (коронарный)					
6. Артрит					Какого типа? Возраст при начале заболевания? Какие части тела поражены?
7. Болезнь почек					Возраст при начале заболевания? Какое лечение?
<b>E. ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ</b>					
1. Диабет					
2. Отклонения функции щитовидной железы					
3. Ожирение (чрезмерная полнота)					
<b>F. ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ</b>					
1. Астма					Известна ли причина? Какое лечение?
2. Эмфизема					Возраст при начале заболевания?
3. Туберкулез					Возраст при начале заболевания? Какого типа? Какие части тела поражены?
<b>G. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ</b>					
1. Диагностированная шизофрения					Возраст при начале заболевания? Какое лечение? Госпитализация?
2. Диагностированная маниакальная депрессия					
3. Другие психические заболевания. Опишите, используя, если необходимо, дополнительный лист					
4. Алкоголизм или злоупотребление алкоголем					
5. Употребление наркотиков					Тип, дозы, и время употребления?

#### Н. ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ: ВАША, ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ РОДСТВЕННИКОВ (Продолжение)

ЗАБОЛЕВАНИЕ	НЕТ	Неизве- стно	ДА Сам	ДА - РОДСТВЕННИК (Укажите степень родства)	КОММЕНТАРИИ
H. НАРУШЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ					Какого типа? Возраст при начале заболевания? Какие части тела поражены?
1. Рак					
2. Опухоли					
3. Кистозный фиброз					
4. Болезнь Ходжкинса					
I. НАРУШЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ					Какие части тела поражены? Возраст при начале заболевания?
1. Рассеянный склероз					
2. Болезнь Хантингтона					
3. Церебральный паралич					
4. Судороги или конвульсии					Возраст при начале заболевания? Какое лечение? Периодичность?
5. Эpileпсия					
J. ИНФЕКЦИИ, ГОСПИТАЛИЗАЦИИ					Диагноз?  По какой причине? Когда?
1. Повторные приступы лихорадки от известной инфекции					
2. Повторная инфекция в тяжелой форме, требующая госпитализации					
3. Госпитализация, операции, или травмы					
K. ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ					